QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

PAR

LE DOCTEUR POLAILLON
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

Extrait des Annales de Gynécologie,
Numéro de Juillet 1882.

PARIS
LAUWEREYNS, LIBRAIRE-EDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne. 2.

1882

LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

à M. le Dr Sève.
Hommage confraternel
P. Bolaillet

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTERUS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT

DU

CANCER DE L'UTÉRUS

PAR

LE DOCTEUR POLAILLON
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

Extrait des Annales de Gynécologie,
Numéro de Juillet 1882.

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-EDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2.

1882

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS

Au point de vue de la clinique, nous comprenons sous le om général de *cancer de l'utérus* le squirrhe, les formations bro-plastiques et les diverses variétés du cancroïde, affections ui produisent des tumeurs ou des ulcères, qui s'accroissent ndéfiniment en se propageant aux tissus ambiants, qui déterminent la dégénérescence des ganglions lymphatiques, voisins u éloignés, qui récidivent après une ablation incomplète ou même complète, et qui amènent l'infection de l'économie en se généralisant à distance.

Il n'y a que des avantages, quand on aborde le traitement du ancer de l'utérus, à supprimer le diagnostic de l'espèce du ancer, pour n'envisager que la nature maligne de la maladie. En procédant ainsi, on laisse de côté toutes les illusions qui endent à faire croire que l'épithéliome a un pronostic moins rave que le carcinome ; on n'a plus devant soi qu'une idée, idée de la malignité, et qu'un but, celui d'enlever radicalement a partie malade.

Mais quand il s'agit d'enlever en totalité ou en partie un

organe comme l'utérus, qui est profondément caché dans le bassin, qui est en rapport avec la vessie, les uretères et le rectum, qui est recouvert par la séreuse de la cavité abdominale dans une très grande étendue de sa surface, il faut savoir dans quelles conditions l'opération est faisable et profitable. Pour résoudre ce problème, nous distinguons deux cas : 1° Le cancer a envahi le corps et le col de l'utérus, ou seulement le corps ; 2° le cancer est localisé au col. Enfin, l'opération radicale étant contre-indiquée, nous examinerons quels sont les moyens palliatifs dont nous pouvons disposer.

I. — *Cancer du corps.*

On pratique l'ablation totale de l'utérus de deux manières différentes : par la *voie vaginale* et par la *voie abdominale*.

La première méthode consiste à détacher les insertions du vagin et à extraire l'utérus par les voies naturelles. Elle comprend plusieurs procédés :

Sauter (1), Elias von Siebold (2), Récamier (3), incisent le vagin au niveau de sa jonction avec le col, soit dans tout son pourtour, soit dans une partie seulement de celui-ci, introduisent la main dans le péritoine, saisissent l'utérus, le font basculer en l'entraînant hors de la vulve, puis coupent le pédicule et font les ligatures nécessaires.

Langenbeck (4) père, se préoccupant surtout de faciliter la sortie de l'utérus, dont le volume est quelquefois considérable, incise toute la hauteur du périnée, de la fourchette à l'anus.

Toutes les fois qu'ils le pouvaient, Récamier (5) et Dupuytren

---

(1) *Die ganzliche Extirpation der carcinomatosen Gebarmutter*, Constanz, 1822.

(2) *De scirrho et carcinomate uteri abjectis tribus totius uteri extirpationis observationibus*, Berolini, 1826.

(3) *Traitement du cancer*, p. 366, Paris, 1829.

(4) *Dissertatio de uteri totius extirpatione*, Gottingæ, 1842.

(5) Loc. cit., p. 359.

abaissaient le col de l'utérus avec des pinces de Museux, coupaient circulairement le vagin au niveau des culs-de-sac, décollaient les ligaments larges de leurs attaches aux bords latéraux de l'utérus, seulement dans leur tiers inférieur, plaçaient une ligature de chaque côté sur ces ligaments larges, de manière à enlever l'utérus presque sans perdre de sang.

M. Coudereau (1) a imaginé un procédé d'ablation basé sur l'abaissement préalable de l'utérus, mais il ne l'a appliqué que sur le cadavre.

Martin (2), de Berlin, ayant reconnu qu'une des plus grandes difficultés de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale est de saisir cet organe et de le faire sortir du petit bassin, a inventé un instrument particulier pour faciliter son évolution dans l'espace de Douglas.

La *deuxième méthode* d'ablation de l'utérus ou *méthode sus-pubienne* emploie la voie abdominale. C'est une laparotomie avec extirpation de l'utérus après la ligature préalable des vaisseaux ou d'un pédicule formé par la portion sus-vaginale du col. D'après Churchill (3), cette opération fut proposée par Gutberlet en 1814. Pratiquée par Langenbeck père, en 1825, modifiée par Delpech, en 1830, puis abandonnée avec beaucoup de raison, elle ne fut tirée de l'oubli que dans ces dernières années. Les succès de l'ovariotomie, les succès plus rares mais réels de l'hystérectomie dans les cas de tumeurs fibreuses, furent les raisons qui déterminèrent les chirurgiens à revenir à cette opération si hardie. Alex. Freund (4) employa un procédé bien conçu : une fois la cavité péritonéale ouverte, il place sur cha-

---

(1) *Tribune médicale*, p. 547, 1874-1875.

(2) *Zur Teknik der vaginalen uterus Extirpation* (*Centralblatt f. Gynæk.*, n° 8, 1881).

(3) *Maladies des femmes*, trad. franç., 2e édition, p. 472.

(4) *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus* (*Volkmann's Sammlung klinischer Vortrage*, n° 133, et *Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin*, 9 avril 1877; discussion consécutive, *in Berliner klinik Woschœus*, n° 28, 15 juillet 1878).

cun des ligaments larges trois ligatures comprenant, l'une la trompe, l'autre le ligament de l'ovaire, le troisième le ligament rond et la portion latérale correspondante du vagin. Le fil de la ligature intermédiaire ou du ligament de l'ovaire passe dans l'anse de la première et de la troisième ligature, de manière à réunir les trois ligatures en un tout solide. Les ligatures une fois faites, Freund sectionne la paroi antérieure du vagin dans le cul-de-sac utéro-vésical, la paroi postérieure dans le repli de Douglas et les ligaments larges entre les ligatures et les bords latéraux de l'utérus. Cet organe peut ainsi être enlevé sans perte de sang trop considérable. Les fils des différentes ligatures sont ensuites passés dans le vagin. En tirant sur eux, on transforme le trou béant compris entre la vessie et le rectum en une fente transversale dont les bords sont formés par le péritoine. On réunit ces bords avec des points de suture très rapprochés.

Les autres procédés ne sont que des modifications de celui que nous venons de décrire. Kocks (1), de Bonn, conseilla d'élever l'utérus dans le bassin avec une pince pour lier plus facilement les ligaments larges qu'il divise en cinq parties. Il lui paraît nécessaire d'enlever les ovaires si la femme n'a pas atteint l'époque de la ménopause. Schrœder et Olshausen avaient déjà pratiqué l'ablation simultanée des ovaires et de l'utérus, dans le même but, pour éviter les accidents de la menstruation.

Muller (2), de Berne, applique, pendant l'opération, l'utérus contre la paroi abdominale au moyen de l'hystéromètre introduit dans sa cavité.

Crédé (3) a proposé la résection préalable des pubis pour augmenter l'étendue du champ opératoire et rendre la dissection

---

(1) *Arch. für Gynækologie*, vol. XIV, p. 127, 1879.

(2) *Corr. Bl. für schweiz. Aerzte*, n° 20, p. 609 et n° 21, p. 642 15 oct. et 1er nov. 1878.

(3) *Archiv. für Gynækologie*, B. XIV, p. 127, 1880.

et l'hémostase plus faciles. La seule opération qu'il a faite par ce procédé a été presque immédiatement suivie de mort, ce qui n'étonnera personne.

Enfin, B. Freund (1) a dernièrement modifié l'opération de son frère de la manière suivante : 1° application dans le vagin du colpeurynter plusieurs jours avant l'opération ; 2° amputation simultanée du col et des culs-de-sac vaginaux avec l'anse galvanocaustique. Si les culs-de-sac n'ont pas été compris dans la section, compléter avec le bistouri et prolonger l'incision en arrière, jusque dans l'espace de Douglas ; 3° tamponnement du vagin à l'aide du colpeurynter, pour arrêter l'hémorrhagie résultant de l'opération préliminaire et pour élever l'utérus; 4° laparotomie ; 5° dissection de l'espace vésico-utérin ; 6° application par le vagin, sur chacun des ligaments larges, de compresseurs qui ont pour but de remplacer la ligature en masse et qui sont abandonnés dans l'abdomen pendant trois ou quatre jours ; 7° incision des ligaments larges ; 8° occlusion de la plaie abdominale. Ce nouveau procédé a été pratiqué par l'auteur sur le cadavre seulement, et l'opération n'a duré que trente à quarante minutes. L'emploi du galvano-cautère pour faire la section des tissus est certainement une innovation heureuse, ainsi que le ballon vaginal qui doit faciliter la dissection des adhérences, en poussant l'utérus du côté de la cavité abdominale.

L'ablation de l'utérus par la méthode sus-pubienne est plus grave que son extirpation par la méthode sous-pubienne ; mais cette dernière est impraticable, lorsque l'utérus est trop volumineux pour passer par le vagin.

Quoi qu'il en soit, les résultats généraux de ces opérations sont lamentables. Une statistique, dûe à West (2), donne 22 morts sur 25 opérations. 2 fois la mort a été immédiate ; 6 fois

---

(1) *Zeit. für Geburt. und Gynæk.* Band. VI, Heft 2, 1881.

(2) Statistique citée dans la thèse d'agrégation de M. Piqué, p. 145, 1880; après le *Traité des maladies des femmes*, de West, traduit par M. Mauriac, 70.

la mort a eu lieu le jour même de l'opération ; 6 fois le lendemain ; 3 fois le 3e jour ; 2 fois le 4e jour ; 1 fois le 10e jour. Chez les 3 malades qui ne sont pas mortes, la survie a été de 2 mois, de 4 mois, et 1 fois d'une année moins quelques jours. Or, n'est-il pas infiniment probable que si on s'était abstenu d'enlever l'utérus, la vie de ces trois femmes aurait été plus longue ou au moins aussi longue ? Dans une observation, que je cite plus loin, la durée de la vie sans opération a été de 6 ans ; et, d'après M. Pichot (1), le cancer du corps de l'utérus abandonné à lui-même met 31 mois en moyenne avant d'occasionner la mort.

On peut dire que les opérations, dont je viens de citer le relevé, appartiennent à une époque déjà ancienne, époque à laquelle les chirurgiens ne connaissaient pas toutes les précautions qui sont mises en pratique depuis quelques années. Cette objection est certainement fondée, puisque les statistiques plus modernes donnent des résultats moins mauvais.

Nous reproduisons ici trois statistiques qui permettent de juger ce progrès : l'une comprend des opérations exécutées surtout en Amérique et en Angleterre de 1863 à 1866 ; l'autre, dressée par Osterloh, réunit toutes les ablations de l'utérus publiées dans les journaux allemands depuis les premières opérations de Freund jusqu'en 1879 ; la troisième, encore plus récente, a été faite par M. Ed. Schwartz (*Revue de chirurgie* p. 501 ; 1882).

(1) Thèse pour le doctorat, p. 43, Paris, 1876.

Statistique américaine (1).

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.
Clay	3	2	1
Hath	1	1	
Burnham	9	7	2
Kimball	3	2	1
Parkman	1	1	
Peaslee	1	1	
Kœberlé	1		1
Baker-Brown	1	1	
Vells	1	1	
Buckingham	2	1	1
Storer	1	1	
Total	24	18	6

Statistique allemande (2).

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.	Opérations incomplètes.
Freund	14	8	5	1
Kocks	1		1	
Alschlager	1	1		
Schrœder	3	2	1	
Veit	1		1	
Martin	3	3		
Olshausen	1	1		
Baumgartner	2	1	1	
Credé	2	2		
Léopold	1	1		
Alexander	1	1		
Spiegelberg	5	3	1	1
Massari	1	1		
Mueller	1		1	
Pernice	1	1		
Reuss	1	1		
Fritsch	1	1		
Martini	2	1	1	
Tœplitz	2	1	1	
Lobker	1	1		
Osterloh	3	2	1	
Henning	1		1	
Bruntzell	6	4	1	1
Total	55	36	16	3

(1) *Americ. med. Times*, janvier 1866 et *Bull. de thérap*, 1871.

(2) *Schmidt's Jahr.*, 1879; 103, p. 289.

Statistique de M. Schwartz.

Extirpation totale par le vagin.

Opérateurs.	Nombre des opérations.	Femmes mortes.	Femmes guéries.
Czerny	1	1	
Baum	4	2	2
Paulik	1		1
Mikuliez et Wolfler	7	3	4
Bompiani	1	1	
Novaro	1	1	
Azzio Caselli	1	1	
Bottini	2		2
Martin	12	6	6
Schrœder	8	1	7
Olshausen	6		6
Muller	1	1	
Kocher	1		1
Von Teuffel	5	3	
Guarneri	1		1
Lane	1		
Mörike	1		
Mac Cormac	1		
Total	55	20	35

Tandis que la statistique ancienne donne 22 morts sur 25 opérations, ou 88 pour 100, la statistique américaine ne compte plus que 18 morts sur 24 opérations, ou 75 pour 100, la statistique allemande, 36 morts sur 52 opérations, ou 69,23 pour 100 (en faisant abstraction des 3 opérations incomplètes qui, d'ailleurs, ne pourraient que grossir le nombre des revers), et la statistique de M. Schwartz 20 morts pour 55 opérations, ou 36,36 pour 100. Il y a donc une amélioration de 13 pour 100 d'une part, de 18,77 pour 100 et même de 51,64 pour 100 d'autre part, dans la mortalité consécutive à l'opération.

Mais ce résultat doit-il encourager à faire l'ablation complète des utérus cancéreux? Je m'appuie sur les raisons suivantes:

pour professer une opinion contraire : en analysant les cas malheureux, on voit que la mort arrive, soit immédiatement, soit en quelques heures ou en peu de jours, et qu'elle reconnaît pour cause, le choc, l'hémorrhagie, la péritonite spontanée ou provoquée par une perforation de l'intestin ou la section de l'un des uretères. Dans les cas dits heureux, les malades guérissent tant bien que mal de leur opération, mais si on a l'occasion de les suivre pendant quelques semaines ou quelques mois, on les voit succomber à la récidive du cancer dans l'abdomen ou à distance. Le chirurgien qui a pratiqué le plus souvent l'ablation de l'utérus cancéreux, Freund, a eu des récidives chez toutes les malades qui avaient guéri de l'opération (1). La récidive s'était constamment produite, soit au niveau de la cicatrice, soit dans le tissu cellulaire de la région paramétrique. Par conséquent, il paraît sage de renoncer à une opération dont le bénéfice est si problématique.

Avec des précautions minutieuses et des perfectionnements opératoires nouveaux, surtout en se servant de la méthode vaginale de Récamier, il n'est pas impossible qu'on atténue encore la mortalité du traumatisme chirurgical, mais on n'en restera pas moins désarmé contre la récidive. Or, la récidive tient en partie aux obscurités du diagnostic et, par suite, à l'époque tardive où, ce diagnostic étant établi, l'opération paraît indispensable.

L'impossibilité de reconnaître, avec les moyens d'exploration que nous possédons actuellement, si le cancer du corps de l'utérus est limité à cet organe ou s'il ne s'étend pas au tissu cellulaire périphérique, aux lymphatiques et aux ganglions des ligaments larges et du bassin, rend l'ablation tout à fait aléatoire. En effet, supposons que le tissu cellulaire et les ganglions du voisinage soient envahis, l'ablation sera au moins inutile, car, si la patiente en réchappe, elle succombera certainement aux progrès d'un mal incomplètement enlevé. On lui fera courir d'immenses dangers pour n'aboutir à aucun résultat favorable.

---

(1) Linkenfeld. *Centralblatt für Gynæk.*, n° 8, 1881.

Supposons, au contraire, que le cancer ne soit pas sorti de l'utérus, ce qui arrive tout à fait au début de l'affection, l'ablation totale pourra alors amener une guérison, mais on ne sera pas conduit à opérer d'une manière si hâtive faute d'une indication précise.

Non seulement le diagnostic des limites du cancer, qui affecte le corps de l'utérus, est entouré d'inconnues, mais encore le diagnostic de la nature du mal à la première période de son évolution, c'est-à-dire au moment où il serait indiqué d'opérer, est d'une difficulté excessive. On n'a pour se guider qu'un peu de tuméfaction, ordinairement des pertes blanches, des pertes séreuses, ou des pertes de sang, rarement des douleurs ; mais qui peut dire que cette tuméfaction, que l'on sent au niveau du corps de la matrice, est produite par un cancer commençant plutôt que par une métrite chronique ou par une tumeur bénigne telle qu'un fibrome? Enlèvera-t-on le corps de l'utérus ou l'utérus tout entier, sur un simple soupçon de cancer ? Non sans doute. On attendra que le diagnostic soit confirmé, principalement par les écoulements fétides spéciaux. A ce moment l'opération est ordinairement trop tardive pour sauver la malade.

En résumé, l'incertitude du diagnostic, touchant la nature et les limites du mal, et surtout la gravité de l'opération, sont les raisons qui doivent faire rejeter, jusqu'à nouvel ordre, l'ablation complète de l'utérus, et même l'ablation isolée du corps de cet organe, dans le cas de cancer.

J'ai été conduit trois fois à enlever le corps de l'utérus dans le cours de l'ovariotomie, parce qu'un cancer de l'ovaire envahissait en même temps l'utérus ; les trois opérées sont mortes. Si j'avais pu reconnaître pendant la vie la complication de cancer utérin, je me serais abstenu d'opérer.

En terminant ce chapitre, je crois utile de rapporter le fait suivant, parce qu'il représente un type de cancer du corps de l'utérus abandonné à lui-même. Pendant cinq ans, la malade n'a éprouvé ni douleur ni accident. Elle était seulement gênée par le volume du corps de l'utérus. Pendant ce laps de temps

lout chirurgien aurait cru à un fibrome utérin. Au bout de cinq ans, des douleurs et des pertes de sang apparaissent et la santé s'altère. Le diagnostic de cancer devient probable. Cependant la malade peut continuer ses occupations de journalière encore pendant dix mois. Mais la cachexie se produit et elle meurt.

BSERVATION I. — *Énorme sarcome du corps de l'utérus, à marche lente ; généralisation ; mort* (observation recueillie par M. Richardière, interne des hôpitaux).

La nommée C... (Jeanne), âgée de 45 ans, n'a jamais eu d'autre maladie que celle pour laquelle elle entre à la Pitié, le 28 mai 1881, salle Gerdy, n° 2.

Elle a eu deux grossesses normales et deux accouchements naturels, le dernier il y a vingt-quatre ans. Ses enfants n'ont pas vécu. Elle avait été bien réglée jusqu'à l'apparition de sa maladie, qui débuta, il y a six ans. Le premier symptôme fut un accroissement progressif du ventre. En même temps que le ventre augmentait de volume, aucune douleur ne se faisait sentir, les règles restaient normales et il n'y avait pas d'écoulement sanguin intermenstruel.

Au mois de janvier 1880, c'est-à-dire il y a un an et cinq mois, le ventre devint douloureux spontanément et à la pression. En même temps, des pertes de sang très abondantes et une diarrhée intense et rebelle affaiblirent la malade, qui se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié. En présence d'une tumeur à surface régulièrement arrondie, mais tenant au corps de l'utérus, présentant une consistance élastique, comme s'il y avait une fluctuation profonde, M. Polaillon fit deux explorations intéressantes : le cathétérisme de la cavité utérine, qui donna 15 centimètres de dimension verticale, et deux ponctions, plusieurs jours d'intervalle, qui furent sans résultat. M. Polaillon diagnostiqua alors un *fibrome myxomateux*. Au bout de deux mois, la malade trouvant sa santé un peu raffermie demanda à sortir de l'hôpital.

Une année se passa d'une manière assez satisfaisante.

Depuis quelques jours, les douleurs abdominales étant revenues avec intensité et le ventre s'étant remis à prendre un nouvel accroissement, elle rentra dans le service de M. Polaillon (le 28 mai 1882). L'état général est mauvais. La peau est très pâle, d'une teinte un

peu jaune-paille. Amaigrissement considérable. La maigreur de l
partie supérieure du corps contraste étrangement avec le développe
ment anormal de l'abdomen. Celui-ci est uniformément globuleux e
mesure 105 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. l
est absolument mat dans sa partie inférieure et sonore au-dessu
de l'ombilic. La palpation fait reconnaître à la face profonde de l
paroi abdominale un grand nombre de noyaux de grosseur inégale e
disséminés sur divers points. Dans la région iliaque droite on dé
couvre un de ces noyaux, qui a le volume d'une mandarine. La pres
sion est extrêmement douloureuse. On constate cependant une fluc
tuation nette et profonde.

La température prise localement, comparativement à la tempéra
ture axillaire, donne les résultats suivants : T. axil. 37°, 5. Temp
abdominale, 38°, 2.

Le toucher vaginal apprend que le col est sain et dur. Les culs-de
sac sont souples. Cette exploration est très douloureuse. Le cathe
térisme utérin étant pratiqué, la sonde pénètre à 16 centimètres d
profondeur. Il n'y a pas à ce moment d'écoulement vaginal, ni d
perte de sang.

La malade se plaint vivement de ses douleurs, qu'elle compare
celles que lui ferait éprouver un animal qui lui rongerait le ventre
Inappétence complète.

M. Polaillon diagnostique un véritable cancer du corps de l'utéru
en voie de généralisation.

Repos au lit. Cataplasmes sur le ventre. Injections hypodermiqu
de morphine.

Du 1er au 15 juin, les douleurs deviennent extrêmement vives. L
ventre augmente de plus en plus de volume. T. axil., 37° 4 ; T. al
dom. 38,8.

A partir du 12 juin, écoulement par le vagin d'un liquide sangu
nolent d'une odeur fétide. La miction est facile et volontaire. L
matières fécales commencent à être rendues d'une manière inco
sciente.

Le 15 juin, dyspnée assez intense produite par de la congestio
pulmonaire. Rien au cœur.

Pendant la nuit du 18 juin, le corps se couvre d'une éruption d
petites papules rougeâtres, déterminant un prurit intense.

Mort le 20 juin.

Autopsie. La circonférence de l'abdomen est de 110 centimètres.

Le péritoine, mis à découvert, est parsemé de nodosités variant du volume d'un pois à celui d'une mandarine. Il est adhérent à la tumeur utérine par de nombreux tractus celluleux. Il existe aussi des adhérences entre le péritoine et les intestins, le foie et la rate. L'S iliaque est adhérent à l'utérus. L'épiploon est replié sur lui-même et parsemé de noyaux cancéreux. 200 grammes de liquide ascitique environ dans la cavité abdominale.

Le corps de l'utérus est énorme, globuleux. Son diamètre transversal et son diamètre vertical mesurent 25 centimètres. Toute la tumeur pèse 11 livres.

En incisant l'utérus, depuis sa base jusqu'à son orifice vaginal, on voit que le vagin et le col sont absolument sains. La cavité du col est seulement agrandie et mesure 4 centimètres. Ses parois sont hypertrophiées. La cavité du corps est déviée à gauche. Elle est étroite et allongée, et mesure plus de 12 centimètres. La paroi antérieure, qui a une épaisseur de plus d'un centimètre, porte, à sa partie moyenne, une tumeur grosse comme une orange, d'un tissu dur et absolument semblable à un fibrome. Dans la paroi postérieure, on trouve un kyste contenant plus d'un litre de liquide couleur chocolat foncé. Le tissu qui entoure ce kyste est ramolli et présente de nombreux filaments. A côté du kyste, on rencontre une énorme masse présentant tous les caractères du cancer. Il semble y avoir deux couches dans la paroi postérieure de l'utérus : une couche périphérique, très dense, ayant tous les caractères du tissu utérin à l'époque de la grossesse et une couche centrale de tissu mou ou ramolli, couche aux dépens de laquelle le kyste et la grosse masse cancéreuse se sont développés. Les deux couches peuvent se décoller assez facilement l'une de l'autre avec les doigts.

Le foie est congestionné.

La rate et les reins sont sains.

Adhérences pleurales très nombreuses surtout à gauche. Les poumons sont parsemés d'une grande quantité de noyaux cancéreux très-durs, d'aspect fibro-cartilagineux, variant du volume d'un pois à celui d'une noix. Ces productions s'énucléent facilement du tissu ambiant.

Le péricarde présente deux ou trois de ces noyaux.

Le cœur est normal.

Examen histologique. 1° La coupe de la petite tumeur dure, située dans la paroi utérine antérieure, présente, sur ses bords, des fibres

musculaires de l'utérus, au niveau de la tumeur elle-même, des fai sceaux de tissu conjonctif contenant dans leurs intervalles des ce lules allongées et ramifiées. Celles-ci remplissent complètement to les interstices du tissu conjonctif sans laisser aucun espace vide. plusieurs points on voit des vaisseaux de formation ancienne dont gaînes sont épaissies.

2° Examen de la grosse tumeur ramollie siégeant sur la paroi po térieure. Le raclage donne un liquide trouble qui contient un gra nombre de cellules, de formes variées, en dégénérescence graisseu Les coupes de cette partie de la tumeur présentent des particulari histologiques analogues à celles que nous venons de décrire, a cette différence qu'en beaucoup de points les cellules fibro-plastiq sont en dégénérescence graisseuse.

4° Coupe d'un noyau du poumon. Faisceaux de tissu conjonctif parés par des cellules allongées, fusiformes et ramifiées. Sur bords quelques fibres élastiques provenant du poumon.

En somme, il s'agit d'un *sarcome fasciculé* dont plusieurs poi sont en état de dégénérescence graisseuse avancée.

II. — *Cancer du col.*

Les raisons, qui nous ont fait proscrire l'opération pou cancer du corps ou de la totalité de l'utérus, n'existent p lorsqu'il s'agit d'un cancer du col. Ici l'indication est préci toutes les fois qu'on est appelé à intervenir en temps oppor pour un cancer limité au col de l'utérus, il faut le détruire a décision et énergie par une opération radicale.

Ce précepte est d'autant plus important que le cancer du est plus grave que celui du corps, en ce sens que le premier environ deux fois plus vite que le second. La durée de ce nier étant environ de trente et un mois, celle du cancer ce cal n'est que de dix-sept mois (1).

Le cancer du col atteint les femmes à un âge moins ava de 30 à 45 ans, que le cancer du corps qui se développe o nairement entre 45 et 60 ans (2). Il est donc d'autant plus i

(1) Pichot. Thèse pour le doctorat, Paris, 1876. p. 44.

(2) Pichot. *Loc. cit.*, p. 26.

ressant de conserver ou de prolonger la vie des malades, qu'elles ont encore une plus longue carrière à parcourir.

Parmi les affections cancéreuses de l'utérus, celles qui envahissent primitivement son segment inférieur, sont beaucoup plus fréquentes que celles qui ont pour siège son segment supérieur. Dans une statistique, dressée par M. Pichot, sur 100 cas de cancer, 6 fois seulement la maladie avait débuté directement par le corps. Nous-même, nous n'avons observé que 2 cas de cancer du corps pour 35 cas de cancer du col. Par conséquent, non seulement le praticien aura beaucoup plus souvent affaire au cancer du col, mais encore le traitement chirurgical de ce dernier lui donne beaucoup plus d'espoir de guérison.

Enfin, le diagnostic du cancer du col, d'où découle l'indication d'agir, est relativement facile, parce qu'on peut explorer directement l'organe malade. Sans entrer dans tous les détails de ce diagnostic, qu'il me suffise de rappeler que le cancer du col se présente sous trois formes principales : la *forme tubéreuse* qui se caractérise par des inégalités dures, plus ou moins douloureuses, appartient surtout au carcinome ; la forme *ulcéreuse*, rongeante, appartient à une période plus avancée du carcinome et surtout à l'épithéliome ; la forme *végétante* indique presque toujours que l'on a affaire à un épithéliome.

La forme tubéreuse et la forme végétante sont faciles à diagnostiquer.

Il n'en est pas de même de la forme ulcéreuse, que l'on peut confondre avec les ulcérations bénignes (érosions, ulcérations, longosités) si fréquentes au col de l'utérus.

Nombre de fois l'on a cru à un cancer cervical et, après l'ablation, l'examen microscopique a fait reconnaître des lésions bénignes. C. Ruge et Veit (1) ont enlevé 33 cols dont l'état leur paraissait suspect. Dix fois seulement l'examen microscopique montra qu'ils avaient eu affaire à de véritables cancers. La dureté des tissus, qui accompagne l'ulcération

(1) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. II, Heft 2, 1879.

cancéreuse, son aspect rongeant, le défaut de souplesse de la muqueuse sont de bons signes, mais leur valeur n'est pas incontestable. Lorsque je conserve des doutes, j'ai l'habitude d'essayer les effets de légères cautérisations avec le nitrate d'argent ; dans le cas d'une ulcération simple, la maladie se modifie rapidement et avantageusement ; dans le cas d'une ulcération maligne, l'effet est nul ou même il y a aggravation. Mais il ne faut pas s'attarder longtemps à ce traitement exploorateur, puisqu'on peut toujours arriver à un diagnostic certain en enlevant une parcelle du tissu douteux pour le soumettre à l'examen microscopique.

Dès que l'affection cancéreuse a été reconnue et dès que l'on a bien constaté que le mal est limité aux lèvres du col, il est impérieusement indiqué d'enlever cet organe le *plus tôt possible*. En enlevant le col au-dessus des points affectés, on peut espérer une guérison définitive et, dans tous les cas, on n'expose pas les jours de la patiente par une opération très dangereuse.

Au point de vue du danger de l'opération, le choix de la méthode et du procédé d'exérèse est très important. Passons donc en revue les principaux moyens qui ont été proposés, afin de les critiquer et de nous attacher à celui que nous croyons le meilleur.

1° *Instrument tranchant.* — L'amputation du col de l'utérus avec l'instrument tranchant fut proposée par Lapeyronie (1) en 1766, et pratiquée, en 1801, par Ossiander (2), professeur de chirurgie à Gœttingue. Dupuytren et Récamier la répandirent en France. Cependant elle était presque abandonnée lorsque Lisfranc la remit en faveur en 1825. On a beaucoup reproché à ce chirurgien la trop grande facilité avec laquelle il se laissait aller à pratiquer l'amputation du col. Sans examiner si, à une certaine période de sa vie, Lisfranc n'a pas poussé jusqu'à l'excès l'emploi de cette opération, on ne saurait nier

(1) *Mémoire de la Société royale de Montpellier*, 1766.
(2) *Bibliothèque médicale*, t. XXVII, p. 398.

ue c'est grâce à lui qu'elle est entrée définitivement dans la ratique chirurgicale.

Ossiander opéra de la manière suivante : il traversa le col r deux points opposés de sa circonférence, avec des aiguilles urbes pourvues de fils doubles ; il l'amena à la vulve par des ctions lentes et ménagées ; puis il coupa les parties malades ec un couteau.

Dupuytren introduisait un spéculum, saisissait et attirait ère ment avec une pince de Museux le col de l'utérus, et le ranchait avec un bistouri courbé sur son plat ou avec de gs et forts ciseaux également courbés sur leur plat.

Lisfranc (1) reprocha à ce procédé l'étroitesse de l'espace dans uel on opérait, ce qui exposait à n'enlever que partiellement issu cancéreux. Comme Dupuytren, il introduisait un spécu- n bivalve et l'ouvrait largement pour placer solidement sur ol la pince érigne de Museux ; cela fait, il enlevait le spé- um. Il exerçait sur l'utérus des tractions fortes et graduées, manière à amener le col à la vulve ; et, pour que cette des- te artificielle fût mieux assurée, il plaçait une seconde pince Museux perpendiculairement à la première. Il reconnaissait le doigt le pourtour de l'insertion utérine du vagin. Il iquait alors contre le col un bistouri boutonné dont le chant était courbe, et en dirigeant ce bistouri avec le doigt, nputait les parties.

orsque le cancer a jeté de profondes racines, « j'ai imaginé, Lisfranc, de pratiquer deux incisions semi-lunaires, qui se issent par leurs extrémités et dont le plus grand diamètre 'antéro-postérieur ; je creuse ensuite, en disséquant le mal, l'épaisseur de l'utérus, une espèce de cône à sommet su- eur. » Ce procédé a été mis en usage par Huguier dans les gements hypertrophiques du col. Il a été l'origine de tous rocédés d'amputation conique ou cunéiforme et de l'opé- n qu'on a appelée plus tard l'amputation supra-vaginale l.

Clinique de la Pitié, t. III, p. 645.

Sims (1) embroche la lèvre inférieure du museau de tanch avec un ténaculum et attire doucement le col en avant. Il le fer alors de chaque côté, jusqu'auprès de l'insertion du vagin, av de longs et forts ciseaux, puis il coupe rapidement sa moit antérieure et sa moitié postérieure. Il traverse ensuite les bor de la plaie avec quatre sutures d'argent, de chaque côté du c nal cervical; en serrant les fils, on amène la muqueuse vag nale par-dessus la plaie du col qu'elle recouvre complètemen sauf vers le centre, où il reste une petite ouverture ovale q correspond à l'orifice du canal cervical.

Dans l'amputation cunéiforme de Kehrer (2), on excise, partir de la muqueuse du vagin, sur la ligne médiane, une p tion du col qui a la forme d'une pyramide dont la base co prendrait la partie libre du museau de tanche. Il en résu deux lambeaux latéraux que l'on suture sur la ligne média La disposition de ces incisions peut convenir dans certains de cancer très limité.

Mais lorsque la dégénérescence est étendue à tout le par chyme du col, il est indispensable de faire porter l'excision dessus de l'insertion du vagin, c'est-à-dire de faire l'amputat *supra-vaginale*.

Schrœder (3) procède de la manière suivante : il passe chaque côté de l'insertion du col, à travers les culs-de-sac vagin, de solides anses de soie, qui ont pour but de servi abaisser l'utérus, d'étreindre les rameaux les plus inférieurs artères utérines et de réunir ultérieurement les lèvres de plaie. Il sectionne ensuite circulairement les culs-de-sac va naux, afin d'enlever les parties malades avec le col. Enfin ferme la plaie en serrant les fils placés préalablement et ayant soin d'y fixer le moigon utérin par un ou plusieurs po de suture, afin d'éviter la production d'un épanchement s guin.

(1) *Notes cliniques de chirurgie utérine*, trad. par Lhéritier, p. 245, 1

(2) *Archiv für Gynækologie*. B. X. Heft 3, 1877.

(3) Berlin. *Klin. Wochen.*, n° 27, p. 402, 8 juillet 1878, et *Zeitsch. f. Geb und Gynæk.* Band VI Heft 2, 1881

L'amputation par l'instrument tranchant a l'avantage d'être pide et peu douloureuse, mais elle expose à des accidents aves qui sont : la fièvre traumatique, la septicémie, l'hémor-agie primitive et les lésions produites par l'abaissement forcé l'utérus. La septicémie peut être évitée par les pansements et lavages antiseptiques. L'hémorrhagie primitive peut être rêtée ordinairement par la suture des lèvres de la plaie ou la itérisation. Mais il est bien difffcile de se prémunir contre lésions qu'entraîne, dans certains cas, l'abaissement artifi-l de l'utérus. Or, comment agir commodément sur le col, c un instrument tranchant, sans l'amener préalablement vulve. Il faut donc tirer sur l'organe avec plus ou moins force. Si l'utérus est prédisposé à l'abaissement, si ses atta-s sont lâches et si les annexes sont saines, cette manœuvre a facile et n'aura pas d'inconvénients. Si, au contraire, il y la périmétrite, s'il y a des adhérences péritonéales ancien-, si les connexions utérines sont solides, l'utérus ne se lais-que difficilement abaisser, et si on lui fait violence, on voquera des douleurs vives, des déchirures graves et inflammations consécutives très redoutables. Dupuytren et amier n'exerçaient que des tractions légères et opéraient le souvent au fond du vagin. Lisfranc, au contraire, ne re-it devant aucune résistance ; il fallait bon gré mal gré que mps préliminaire fût exécuté. Aussi ses opérées présen-t-elles souvent des accidents de péritonite, qui ne recon-saient pas d'autre cause que ces tractions elles-mêmes. en résulte qu'il ne faut tenter l'abaissement de l'utérus si cet organe est mobile et se laisse entraîner à la vulve efforts.

ns le cas d'un abaissement facile, l'amputation ou l'exci-par l'instrument tranchant est une bonne opération, parce coupe avec précision au delà des tissus dégénérés, et qu'on peut facilement combattre l'hémorrhagie d'une qu'on a sous les yeux. Mais, dans le cas contraire, le bis-ou les ciseaux agissent dans le fond du vagin d'une ma-assez aveugle, et s'il survient une hémorrhagie, il faut

recourir à la cautérisation de la plaie ou aux caustiques hém statiques, c'est-à-dire terminer par une opération par laque on aurait dû commencer.

2° *Ecrasement linéaire.* — Avec l'écraseur de Chassaign on n'est pas obligé d'abaisser l'organe, mais il est difficile maintenir sa chaîne bien perpendiculairement à l'axe du co de l'empêcher de glisser à mesure qu'elle sectionne les tiss On est donc exposé à laisser des parties qu'on aurait dû enlev Pour obvier à ce grave inconvénient, Chassaignac, Rob Courty, plaçaient préalablement, sur le col, des pinces érig qui servaient à maintenir la chaîne en bonne position. Mal ces précautions, l'écraseur de Chassaignac, en raison de la gidité de sa chaîne, fait presque toujours une section oblic Avec la chaîne imaginée par M. Despretz, de Saint-Quen chaîne qui est mobile, comme un fil de fer, dans tous les s on peut obtenir des sections perpendiculaires et par suite be coup mieux appropriées au but qu'on se propose. Néanmo cette chaine elle-même ne donne pas une section plane du mais une section conique saillante du côté du vagin, pa qu'elle refoule les tissus et les coupe à un niveau moins é vers la cavité cervicale que vers la surface du col.

En outre, quelle que soit la lenteur avec laquelle on man vre la chaîne de l'écraseur, on peut avoir, et on a eu, des morrhagies immédiates.

3° *Cautérisation.* — La destruction du cancer par la cau sation a toujours eu beaucoup de partisans, en raison d simplicité de l'opération, de la certitude d'éviter l'hémorrh immédiate et de l'espoir très fondé d'écarter la septicémie; employé tantôt le fer rouge ou le thermo-cautère Paqu tantôt les flèches de Canquoin. Ces deux procédés ont l'in vénient d'agir lentement, de nécessiter plusieurs applicati car on ne peut en attendre un effet curatif que si, par des térisations successives, on a détruit le mal au delà de ses l tes. Ils conviennent surtout dans le traitement palliati nous aurons l'occasion d'y revenir.

Quant à l'amputation du col utérin avec le couteau du thermo-cautère, c'est un excellent procédé dans les cas où l'abaissement préalable de l'utérus jusqu'à la vulve est possible, sans entraîner es accidents graves que nous avons signalés plus haut.

4° *Anse galvanique.* — L'anse galvanique est pour nous le meilleur procédé d'amputation du col, car elle réunit les avantages de l'instrument tranchant à ceux de la cautérisation. En effet, sans avoir besoin d'abaisser l'utérus, elle agit exactement sur le point où on l'a disposée; elle sectionne les tissus sans glisser et en produisant une coupe parfaitement plane et qui de saigne pas. L'opération ne dure que deux à trois minutes. Elle est ordinairement peu douloureuse, et, dans tous les cas, la durée de la douleur est courte. Le danger de l'hémorrhagie primitive est sûrement écarté, et, comme pour toutes les plaies cautérisées, il n'y a pas de fièvre traumatique, et les chances d'une septicémie sont presque nulles.

5° *Procédés complexes.* — Il arrive souvent que l'on est obligé de combiner plusieurs procédés les uns avec les autres. Si, après l'amputation avec l'instrument tranchant ou avec l'écraseur linéaire, il y a une hémorrhagie en nappe, la cautérisation de la plaie avec un fer rouge ou avec des caustiques maintenus par un tamponnement du vagin, devient nécessaire.

D'autres fois, après la section avec l'anse galvanique, on aperçoit sur le moignon du col des points suspects qu'il faut détruire séance tenante. Je conseille alors de compléter l'opération en cautérisant les points incriminés avec le fer rouge, ou mieux en introduisant dans le canal cervical et dans le tissu ramolli de petites flèches de Canquoin que je soutiens avec quelques tampons de charpie. Lorsque les premières eschares sont tombées, je place de nouvelles flèches, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les limites du tissu cancéreux me paraissent largement dépassées. Je réalise de cette manière une amputation conique du col, aussi bien qu'avec l'instrument tranchant et d'une manière beaucoup plus innocente. On a reproché à

ces cautérisations profondes d'être une méthode aveugle; mai je le demande, la dissection supra-vaginale d'un col cancéreu est-elle une méthode moins aveugle au point de vue de l'a préciation des limites du mal? Quant à la lésion du péritoin elle est imminente dans l'un comme dans l'autre cas, si l'c s'écarte, soit avec le bistouri soit avec le caustique, de zone où il n'est plus prudent d'agir.

Quelques statistiques, dont la plupart sont malheureuseme fort incomplètes, permettent d'apprécier approximativement valeur des différentes méthodes d'amputation du col.

Lisfranc (1), avec l'instrument tranchant, a eu des insucc nombreux, des hémorrhagies immédiates, des phlegmons, d péritonites. M. Forget (2), notamment, a assisté à la mort rapi d'une opérée à la suite d'une hémorrhagie incoercible.

Watson (3), sur 9 excisions avec le bistouri, a eu 5 guérison 3 récidives et 1 cas douteux, pas de mort.

Barker (4) cite 11 amputations sur lesquelles il y aurait e 9 guérisons.

Mosicke (5) donne la statistique des amputations du col prat quées par Schrœder, qui se sert toujours de l'instrument tran chant. Sur 100 opérations, il n'y a eu que 3 cas de mort : 2 pa tétanos, 1 par septicémie. Plusieurs fois, il y eut des hémorrh gies ; une fois, l'artère utérine fut ouverte et la malade faill périr.

La mortalité de l'amputation supra-vaginale de la totalité d col est naturellement beaucoup plus forte (6). Sur 37 opéra tions, dont 2 par Hoffmeier, les autres par Schrœder, il y a e 4 morts et 15 récidives; 9 fois les malades ont été perdues c vue; 7 fois seulement l'absence de récidive a été constaté mais la plus longue observation est de 7 mois seulement.

---

(1) Pauly. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1836.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858-59, p. 563.

(3) *Monthly Jour.*, nov. 1849.

(4) Thèse de M. Piqué pour l'agrégation, Paris, 1880, p. 111.

(5) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. III, Heft 2, 1879.

(6) *Zeitschrift für Geburts. und Gynæk.* B. VI, Heft 2, 1881.

Sur 60 amputations du col, Spiegelberg (1) obtint les résultats suivants :

18 opérations par l'instrument tranchant, sans suture ou avec suture simple, d'après le procédé de Sims, donnèrent 2 morts : l'une par ouverture de la cavité péritonéale et hémorrhagie consécutive, l'autre par hémorrhagies répétées ayant nécessité le tamponnement qui amena un phlegmon du bassin. 4 opérations par l'écraseur linéaire ne donnèrent pas de mort. 38 opérations avec l'anse galvanique donnèrent 2 morts, une par pelvipéritonite, une par choc. En tout, une mort sur 15 opérations.

Grünewaldt (2) est un partisan déclaré de l'amputation par l'anse galvanique. Il n'a vu la mort par l'hémorrhagie qu'une fois sur 50 opérations, et par la septicémie, une fois sur 80. Il conseille de recommencer l'opération dès que la récidive reparaît, parce que, dit-il, la guérison arrive rarement après la première opération, beaucoup plus souvent après la seconde. Ainsi, sur 17 cas de tumeurs malignes, deux fois seulement il n'y a eu aucune récidive après la première opération; mais 9 fois il n'y a pas eu de récidive après la deuxième opération. Pour ce chirurgien, l'opération secondaire est justifiée toutes les fois qu'après avoir, dans une première tentative, extirpé la masse de la tumeur, on peut espérer que l'opération secondaire atteindra sans danger le tissu sain. La mobilité de l'utérus est le signe principal sur lequel on se guide pour juger l'opportunité d'une seconde intervention.

Plusieurs chirurgiens ont signalé le rétrécissement de l'orifice du col comme une conséquence fréquente de l'amputation par l'anse galvanique. Mais cette sténose du col n'est qu'un léger inconvénient, que l'on cherchera à combattre plus tard, par rapport à la gravité de la maladie qui oblige à amputer le col, et par rapport aux avantages incontestables de l'anse galvanique.

---

(1) *Archiv. f. Gynækologie*, t. V, fasc. 3, Berlin, 1873.
(2) *Archiv. f. Gynækologie*. t. XI, fasc. 3, Berlin, 1877.

Je suis très convaincu de la supériorité de l'anse galvaniq pour faire l'amputation du col cancéreux. Je n'ai jamais d'hémorrhagie primitive, ni la mort survenir à la suite d opérations assez nombreuses que j'ai pratiquées par ce moye Mais j'ai observé deux accidents dont il a été plusieurs f question dans le cours de ce travail : l'un est primitif, c' l'ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin ; l'autre est co sécutif à l'opération, c'est l'hémorrhagie secondaire. Il impo de bien connaître ces accidents, afin de savoir les éviter et combattre.

Bien que je m'étudie toujours, en plaçant le fil de plati autour du col, à apporter le plus grand soin à ne pas co prendre dans l'anse galvanique un repli du cul-de-sac pos rieur du vagin, cet accident m'est arrivé dans le cas particul que je vais rapporter. Après l'amputation je m'aperçus que péritoine avait été ouvert. Mais comme il n'y avait po d'écoulement de sang, comme d'ailleurs ce n'était pas la p mière fois que cette ouverture avait eu lieu dans des opératio analogues sans que le résultat final eût été compromis, je désespérai pas du succès final, et en effet la malade a guéri (

Observation II. — *Epithélioma du col; amputation avec l'anse galvaniq ouverture du péritoine au niveau du cul-de-sac récto-vaginal; guéri* (obs. communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882).

Mme X..., d'une bonne santé habituelle, a vu survenir, dep trois ou quatre mois, des métrorrhagies extrêmement abondant Mandé en consultation, je constate que le col utérin est volumine de consistance inégale, dur en certains points, mou dans d'aut points, ce qui donne la sensation de bosselures nombreuses, gros comme des noyaux de cerises. Ces duretés occupent seulement lèvres ; la consistance du tissu utérin est normale au niveau de l'i sertion du vagin, et le corps de l'utérus, qui est mobile, paraît sa

(1) Dans une amputation du col utérin par Albrecht, le cul-de-sac de Do glas fut ouvert. L'air et le sang pénétrèrent dans la cavité péritonéale. Né moins, la guérison eut lieu. (*Berliner klinische Wochens.*, 11 avril 1881.)

Au spéculum, je constate l'aspect bosselé des lèvres. L'orifice est large, circonscrit par une muqueuse très rouge, manifestement hypertrophiée et excoriée. Cette muqueuse forme des plis et des froncements comme la muqueuse de l'intestin, qui fait procidence au niveau d'un anus contre nature. L'examen au toucher et au spéculum provoque un notable écoulement de sang et une douleur assez vive.

La malade est profondément anémiée. Elle a des pesanteurs dans le ventre et dans les reins, et quelquefois des élancements douloureux. Elle approche de la ménopause, car elle a 43 ans environ. Elle n'a jamais souffert de la matrice avant ces derniers mois.

L'aspect particulier du col ne se rapporte ni à un engorgement inflammatoire subaigu et localisé au col, ni à la présence de corps fibreux dans le col. Je m'arrête à l'idée d'un néoplasme malin commençant. Comme le corps de l'utérus et les annexes paraissent indemnes, je propose d'enlever le mal en amputant le col utérin.

L'opération fut faite, le 10 novembre 1881, avec l'anse galvanique, dans une petite ville d'un département voisin. Je n'avais qu'un seul aide, qui était le médecin de la localité, M. le Dr Sève. Le col fut saisi avec des pinces de Museux, et l'anse de platine fut méthodiquement placée très haut au niveau de l'insertion du vagin sur le col. La pile marcha assez irrégulièrement; ce qui nous obligea à faire des mouvements qui déplacèrent l'anse galvanique en haut ou à trop attirer en bas le col de l'utérus. Bref un pli de la muqueuse et des tissus, qui constituent le cul-de-sac postérieur du vagin, fut compris dans l'anse galvanique, et, après la section du col, je m'aperçus que le péritoine était ouvert.

En présence de cet accident grave, je pris toutes mes précautions pour en conjurer les conséquences. Je constatai, d'abord, que le doigt ne pénétrait pas dans la cavité péritonéale, parce que les lèvres de la solution de continuité avaient été soudées par la striction et la cautérisation lentes produites par le fil de platine rougi. Je plaçai alors dans le fond du vagin deux tampons de ouate imbibés d'eau phéniquée au 40e. Compresses phéniquées sur la vulve. Repos absolu dans le décubitus horizontal. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Obligé de revenir à Paris, la malade fut admirablement soignée, d'après mes indications, par mon honorable confrère. C'est d'après les notes très précises qu'il m'a envoyées, que je donne la suite de l'observation.

Peu après l'opération, la malade eut une demie-syncope dont elle s'est vite remise.

A 9 heures du soir les tampons sont enlevés. Injection phéniquée dans le vagin. Pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque. P. 88. T. A., 36,9. Nuit très bonne.

11 novembre. Injection phéniquée matin et soir. Cathétérisme de la vesssie. Lait comme boisson et aliment.

Matin, P.. 100. T., 38. Soir, P., 104. T., 39,2.

Le soir elle se plaint de ne pouvoir rendre des gaz, ce qui lui cause de vives coliques et de l'agitation. De 11 heures à minuit deux vomissements. Injection de 1 centigramme de morphine.

Le 12. Matin, P., 100; T., 38,8; Resp. 19. Ballonnement du ventre. Onctions avec onguent mercuriel belladoné. Vessie de glace sur le ventre. Bouillon, lait et cognac glacés.

Dans l'après-midi les gaz sont expulsés par l'anus et le météorisme cesse.

Soir. P., 100; T.. 38,4.

Le 13. Appétit; mais on ne donne que du lait et du bouillon toutes les heures. La malade éprouve un grand bien-être après chaque injection phéniquée.

Matin. P., 100. T., 38,4. Soir. P., 96. T. 38,2.

Le 14. La malade est très bien. On la sonde toujours. Matin. P., 92. T., 37,8.

Le 15. Matin. P., 88. T., 37, 8. Soir. P., 88. T., 38.

Le 16. La température tombe à 37,4 et le pouls à 80.

Le 17. La malade garde toujours le repos au lit et même l'immobilité. Néanmoins elle reprend des forces. Il y a eu un peu de suintement de sang par le vagin. Température normale. Pouls normal.

Le 19. Après l'administration d'une petite dose d'huile de ricin, deux garde-robes, sans accident. Alimentation substantielle.

Le 28. La malade se lève pour la première fois.

Les jours suivants, le rétablissement se prononce de plus en plus.

Le 14 décembre. Le toucher vaginal constate au fond du vagin un infundibulum où l'on sent l'ouverture de l'utérus. Cette exploration n'est pas douloureuse. Avec le spéculum on voit que la section du col est parfaitement cicatrisée, lisse, rosée, sans bourgeons saignants. En ouvrant le spéculum de Cusco le plus possible, on ne provoque aucun suintement de sang, preuve que la cicatrisation est bien complète et que la cicatrice est solide.

Jusqu'à ce jour (plus de huit mois après l'opération) la malade est complètement guérie.

Examen du col enlevé. — La pièce que j'ai présentée à la Société de médecine de Paris, montre qu'en avant et sur les côtés le col utérin a été sectionné au niveau de son insertion vaginale; mais qu'en arrière une portion du cul-de-sac vaginal est comprise dans la section. Une étendue de péritoine de 2 centim. 1/2 en hauteur et en largeur a été enlevée. La section du repli péritonéal forme une plaie linéaire, transversale, dont les bords s'accolent naturellement.

L'examen microscopique a confirmé l'existence d'un cancer au début, d'origine glandulaire, avec vascularisation extrême des tissus. Toutes les parties malades avaient été enlevées.

L'ouverture du cul-de-sac recto-vaginal pendant l'amputation du col est surtout dangereuse, quand cet accident se complique d'une hémorrhagie primitive, qui nécessite des injections hémostatiques, des cautérisations ou le tamponnement du vagin. Dans ces conditions une péritonite se déclare et l'opérée succombe. C'est ce qui arriva dans le cas de Spiegelberg et dans un autre cas cité par M. Lassallas. « Après l'amputation d'un col cancéreux avec l'écraseur linéaire, on reconnut qu'une petite portion du péritoine avait été enlevée. Une hémorrhagie survint pendant la journée. Tamponnement au perchlorure de fer. Péritonite généralisée. Mort pendant la nuit. A l'autopsie on constata que plusieurs tampons avaient pénétré dans la cavité péritonéale par la plaie (1). » Les méthodes sanglantes d'amputation rendent donc l'ouverture du péritoine beaucoup plus redoutable, surtout si on ne peut pas faire la suture immédiate de la plaie. Avec l'anse galvanique, qui prévient l'écoulement sanguin, les conséquences de cet accident seront beaucoup moindres.

Un autre accident assez fréquent, quelle que soit la méthode employée, est l'*hémorrhagie secondaire*. Je dois avouer que, sous ce rapport, l'anse galvanique n'est peut-être pas supérieure aux autres instruments. Grünewaldt en a vu un

(1) Lassallas. Thèse pour le doctorat, p. 54, Paris, 1869.

exemple où la perte du sang fut mortelle. Dans les deux cas que j'ai observés, l'hémorrhagie fut alarmante, mais les malades se rétablirent. Ces deux faits méritent d'être publiés, parce qu'ils apportent un enseignement, celui de faire garder le plus grand repos aux opérées au moment où la suppuration s'établit au niveau de la section, même lorsqu'elle est faite par le fil de platine rougi. A ce moment, en effet, les caillots qui ont oblitéré jusqu'alors les artères du col, peuvent se ramollir et se détacher sous l'influence de mouvements trop étendus; d'où la production de l'hémorrhagie. Cette hémorragie peut aussi avoir pour cause la fièvre septicémique, que l'on préviendra presque sûrement avec des injections phéniquées faites deux ou trois fois par jour. Chez une de mes malades l'hémorrhagie paraît s'être produite sous l'influence du retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années.

Observation III. — *Epithélioma commençant du col utérin; amputation ave l'anse du galvanocautère; hémorrhagie secondaire grave; guérison* (obser vation communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882 d'après les détails recueillis par M. Richardière, interne).

La nommée Chap..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 7 juin 188 dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, n° 4.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures. Bonn santé habituelle.

La malade, réglée à 15 ans, a eu 5 enfants; le dernier, il y a cin ans. Ses couches ont été naturelles et sans suites fâcheuses.

Depuis sept mois environ, elle se plaint de douleurs abdominal assez vives, de pesanteur dans l'aine et dans les lombes. Depuis de mois elle n'est plus réglée et perd à peu près continuellement sang et des mucosités, qui n'ont pas d'odeur particulière. Elle e faible et a beaucoup maigri.

Le toucher vaginal accuse la présence, sur les lèvres du col utéri de petites saillies de consistance élastique et saignant facileme L'examen au spéculum complète cette exploration, en faisant v sur le museau de tanche des fongosités bourgeonnantes, gross comme des graines de chanvre, nettement limitées, d'une coule rouge vif, et ressemblant à un chou-fleur cancroïdal en voie d'évol

tion. Le mal a à peu près l'étendue du noyau d'une amande sur chacune des lèvres, au pourtour de l'orifice utérin. Le col est plus volumineux qu'à l'état normal, d'une coloration violacée, et douloureux à la pression.

Des cautérisations superficielles au nitrate d'argent ne modifient en rien l'aspect des fongosités saignantes, malgré le repos au lit, les injections et un traitement tonique.

M. Polaillon porte le diagnostic d'*épithélioma limité du col* et propose l'amputation de cet organe. Cette opération est acceptée et pratiquée le 28 juin.

La malade est engourdie avec une potion contenant 2 *grammes de chloral*. L'anse est placée au niveau de l'insertion de la muqueuse du vagin sur le col. Le corps est alors sectionné lentement, sans que la malade ressente une trop vive douleur.

Après la section, nous constatons que toute la portion sous-vaginale du col est enlevée, ainsi qu'un segment, en forme de croissant, de la muqueuse vaginale, qui tapisse le cul-de-sac postérieur.

Les suites de l'opération furent très simples jusqu'au *dixième jour*. La malade gardait le repos au lit ; elle s'alimentait comme en état de santé.

On se bornait à faire des injections phéniquées matin et soir. Le dixième jour, sans cause appréciable, une métrorrhagie grave se déclara. L'abondance et la persistance de l'écoulement sanguin nécessitèrent un tamponnement complet du vagin avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer étendu d'eau. L'hémorrhagie recommençant dès qu'on faisait une tentative pour enlever le tamponnement, on dut le laisser en place dix jours de suite, malgré les plaintes de la malade. Enfin, le 18 juillet, on put le retirer, et l'hémorrhagie ne se renouvela plus.

La malade, anémiée et affaiblie, fut soumise à un régime reconstituant. Elle reprit rapidement ses forces, et le 2 août elle demandait à sortir.

Au bout d'un mois passé à la campagne, la malade vient nous voir. Elle a très bonne mine. Elle a eu ses règles, le 7 août, si abondamment, qu'un médecin lui a fait une injection sous-cutanée d'ergotine pour les arrêter. Elle ne souffre plus dans le ventre ni dans les reins. Au toucher on constate l'absence du col utérin, et, à sa place, une sorte de bride qui occupe le cul-de-sac postérieur du vagin. Avec le spéculum, on voit un orifice entouré d'un bourrelet muqueux très

rouge et situé à la partie supérieure de la cicatrice utérine. La malade nous dit n'avoir pas encore osé reprendre ses rapports conjugaux.

Depuis lors, la guérison s'est maintenue.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie des glandes du col, et d'un envahissement de la paroi glandulaire et des tissus ambiants par les cellules épithéliales. C'était donc un épithélioma d'origine glandulaire bien confirmé et circonscrit aux lèvres du col utérin.

Observation IV. — *Epithélioma du col de l'uterus; amputation du col avec l'anse galvanique; hémorrhagie secondaire; retour d'une fièvre intermittente disparue depuis plusieurs années; guérison* (observation communiquée à la Société de médecine de Paris, le 22 avril 1882, d'après les détails recueillis par M. Gomot, interne du service).

La nommée A... (Marguerite), âgée de 39 ans, entre à la Pitié, le 3 février 1882, salle Gerdy, n° 1.

Son père est mort à 62 ans, d'une pneumonie. Sa mère perdit ses règles à 45 ans, mais quelques années plus tard *les règles reparurent avec abondance et occasionnèrent la mort*. Nous ne pouvons nous empêcher de voir là le signe principal d'une affection de la matrice.

Marguerite A... a eu ses premières époques à 16 ans. Depuis, elles sont revenues régulièrement. Elle a eu deux accouchements naturels, et, en 1874, une fausse couche à six mois.

Comme maladie antérieure, elle signale la variole, plusieurs érysipèles de la face, et notamment des *fièvres intermittentes*, qu'elle a contractées dans un pays marécageux, et qui ont disparu depuis une dizaine d'années. Elle n'est ni glycosurique ni albuminurique.

Au mois de décembre dernier (1881) ses règles apparurent comme d'habitude et durèrent le même temps ; mais, deux jours après, elle eut une perte très abondante pour laquelle on lui donna du seigle ergoté. Depuis cette époque, la malade perd constamment, et l'hémorrhagie augmente ou diminue selon les fatigues auxquelles son état de journalière l'expose. Il y a un affaiblissement général, mais pas de douleurs spéciales.

Le col de l'utérus est volumineux. La lèvre postérieure se confond avec une excroissance grosse comme une noix verte, irrégulière à sa surface, de consistance un peu molle. Le mal paraît n'occuper que la

partie la plus saillante du col. On peut constater avec le doigt que le tissu du col utérin est souple, lisse, indolore au niveau de l'insertion vaginale. Les culs-de-sac sont absolument libres. Le corps de l'utérus est mobile et paraît sain.

Au spéculum on voit, sur la lèvre postérieure, un champignon rosé, saignant, oblitérant l'orifice utérin d'où il semble sortir.

Le 7 février. M. Polaillon ampute toute la portion sous-vaginale du col avec l'anse galvanique. Rien de notable dans l'opération. Tampon phéniqué qui reste en place jusqu'au lendemain ; puis injections phéniquées deux fois par jour.

Le 9. La température est de 38,5.

Les 10 et 11. La température monte à 39°.

Le 12. Hémorrhagie abondante survenant pendant la nuit et nécessitant le tamponnement du vagin. La température baisse à 37,4. Sulfate de quinine à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour.

Les jours suivants la température remonte à 38° et même à 39°, 3. Mais le 17 février elle tombe à 37°,5 et remonte à 39°,2, le 20 février. Rien, dans l'état des organes, ne peut expliquer ces fluctuations dans la température. La plaie du col utérin ne saigne plus et marche normalement vers la cicatrisation.

3 mars. Le col est complètement cicatrisé, et le doigt ne rencontre au fond du vagin qu'un vaste cul-de-sac. Mais la fièvre, qui a persisté jusqu'alors avec des rémittences irrégulières, devient franchement intermittente et affecte le type quotidien. Le matin, la température est normale, et la malade se trouve bien pendant une partie de la journée. Vers 4 heures de l'après-midi le malaise commence et persiste jusqu'au milieu de la nuit. On observe très nettement une période de frissons suivie de chaleur et de sueurs.

M. Polaillon fait remarquer que l'on a affaire à une femme qui a eu autrefois des fièvres paludéennes, que le traumatisme opératoire et l'hémorrhagie secondaire ont produit chez elle une fièvre mal caractérisée, d'abord, puis franchement intermittente, et que ce fait est une confirmation des idées de M. Verneuil sur le retour des accès intermittents sous l'influence d'une opération.

On administre le sufalte de quinine à la dose d'un gramme par jour.

Voici le relevé de la température au moment de l'accès.

Le 3 mars	40°,1
Le 4 —	39°,1
Le 5 —	38°,9
Le 6 —	40°,1
Le 7 —	39°
Le 8 —	38°,4
Le 9 —	39°,1
Le 10 —	39°,6
Le 11 —	40°
Le 12 —	39°,4
Le 14 —	39°,1
Le 15 —	39°,9
Le 16 —	38°,6
Le 17 —	38°,2
Le 18 —	38°,5

A partir de ce moment la température devient normale.

Le 22. La malade quitte l'hôpital.

Le fond du vagin est lisse, sans induration. Il est même difficile de reconnaître au toucher le point occupé par la cicatrice du col.

La récidive du cancer du col est-elle fatale et, par suite, son ablation est-elle inutile, comme on le croit généralement ? Les faits prouvent que cette opinion est erronée. Il existe des exemples incontestables de survie et même de guérison à la suite d'ablations bien faites. Si ces guérisons sont plus rares pour le cancer de l'utérus que pour celui des autres organes que la chirurgie peut atteindre, il faut l'attribuer à deux causes : aux opérations défectueuses et incomplètes que l'on pratique dans cette région et à l'époque trop tardive où l'on opère.

Sans parler des cautérisations superficielles et insuffisantes, auxquelles se livrent beaucoup de praticiens, quel résultat avantageux peut-on attendre de l'ablation, si la section n'est pas faite au-dessus des tissus malades, et si ceux-ci, se prolongeant dans le moignon du col, on néglige de les détruire profondément ? Mais, si l'amputation du col emporte tous les tissus

dégénérés, elle constitue une opération curative au même titre que l'ablation large et précoce d'une affection cancéreuse de la lèvre, du sein ou de la langue est curative du cancer de ces organes.

La seconde cause de la prétendue incurabilité du cancer cervical dépend de ce que les femmes se soumettent trop tard à l'opération. Beaucoup d'entre elles ne viennent pas consulter leur médecin au commencement de la maladie, au moment où l'opération donnerait un succès, parce que les premiers symptômes du cancer développé sur un organe aussi caché que le col de l'utérus, n'attirent pas leur attention. D'autres ressentent des douleurs et des malaises, mais des raisons de pudeur leur font repousser l'idée d'un examen ; elles attendent, pour s'y décider, que des pertes de sang surviennent et que les écoulements fétides rendent leur existence intolérable. A ce moment une opération radicale n'est plus praticable. Dans certains cas, l'examen médical a eu lieu en temps opportun, mais le cancer a été méconnu, ou bien le diagnostic a été fait, mais on a perdu un temps précieux en traitements illusoires. Quelquefois, par pusillanimité, la malade refuse ou retarde de plus en plus une intervention chirurgicale. De temporisation en temporisation le mal s'aggrave et arrive à un degré tel qu'il n'est plus curable.

Il résulte de ce qui précède : 1° que l'indication d'enlever le cancer du col à son début est formelle ; 2° qu'on est en droit d'en attendre une guérison, si l'opération est faite très largement ; 3° que la méthode de choix est l'amputation de la portion sous-vaginale avec l'anse galvanique, complétée, s'il y a lieu, par la destruction de la portion sus-vaginale avec les flèches caustiques de Canquoin ; 4° que cette opération est peu grave, lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions et par des mains expérimentées.

III. — *Traitement palliatif.*

Lorsque le cancer, après s'être confiné quelque temps dans le col, n'a pas été enlevé, ou lorsqu'il a récidivé après opération,

et que, dans sa marche envahissante, la maladie s'est étendu soit au corps de l'utérus soit aux insertions vaginales, nous n sommes plus d'avis d'intervenir radicalement. L'opération qu faudrait faire serait l'extirpation totale de l'utérus. Or, no savons que les chances de mort de cette terrible opération so trop nombreuses pour engager les patientes à s'y soumettre et sacrifier ainsi la certitude de vivre pendant quelque temps e core. Mais il faut soulager leurs souffrances et instituer un tra tement qui, sans leur faire courir de risques, prolongera le existence. Ambroise Paré (1) conseillait déjà « d'user de cu palliative pour adoucir la fureur du chancre de la matrice séder la douleur afin d'empêcher les accidents. » Lors mêm que ce traitement palliatif n'aurait qu'une efficacité douteus il n'en est pas moins d'une grande importance pour relever moral des malades et soutenir leur espérance.

Le traitement palliatif s'applique au cancer du corps au bien qu'au cancer du col devenu incurable.

Il se divise en deux espèces, le *traitement palliatif chiru gical* qui s'adresse à la tumeur elle-même, et le *traitement pa liatif médical* qui a pour but de combattre les accidents q celle-ci engendre.

1° *Traitement chirurgical.* Deux cas peuvent se présente tantôt le cancer affecte la forme végétante, tantôt la forme u céreuse.

Lorsqu'il existe un champignon fongueux, occasionnant d hémorrhagies et des écoulements fétides, la première chose faire est d'en pratiquer l'excision. C'est surtout dans ces c constances, où l'on est obligé de couper au milieu de tiss malades, quelquefois très vasculaires, qu'il faut rejeter l'exéré avec l'instrument tranchant et l'écraseur linéaire, pour évi une perte de sang qui pourrait être très grave. L'anse galv nique est spécialement indiquée, en raison de la sécurité qu'e donne contre l'hémorrhagie.

Mais la section du col avec les vegétations qui en naisse

(1) Œuvres d'A. Paré, édit. de Malgaigne, p. 368, t. I.

n'est qu'une opération préliminaire. Si on se bornait à elle, le moignon se mettrait aussitôt à proliférer et les mêmes accidents se reproduiraient. Il faut donc modifier la base d'implantation, détruire les tissus fongueux qui se cachent dans la cavité utérine par un ou plusieurs actes opératoires, exécutés dans la même séance ou dans des séances successives.

Pour ces opérations complémentaires, on peut employer la curette de Récamier, remise en honneur dans ces derniers temps par le docteur Cervis, sous la nom de traitement par *érosion* (1). Tous les tissus malades sont raclés et enlevés par la curette, jusqu'à ce qu'on soit arrivé aux tissus sains qui, étant plus durs, résistent au raclage. C'est absolument le procédé de Récamier; seulement, après le raclage, Cervis cautérise les parties saignantes avec un bourdonnet de charpie imbibée de nitrate acide de mercure, qu'il laisse en place et qu'il maintient exactement en position avec des tampons de ouate. Il a opéré par ce moyen 22 femmes atteintes d'épithélioma, mais dans un cas il a eu une pelvi-péritonite consécutive.

Le curage est une opération très sanglante, qui nécessite la chloroformisation et souvent l'abaissement artificiel de l'utérus. Il est dangereux et absolument contre-indiqué lorsque les femmes sont affaiblies par la cachexie et des pertes de sang antérieures. Il va même à l'encontre du but qu'on se propose dans ces cas désespérés, qui est de faire une opération innocente et exsangue. Sous ce rapport, j'ai beaucoup plus de confiance dans l'emploi du thermo-cautère ou dans l'application de flèches de Canquoin.

Dans le traitement palliatif, plus encore que dans le traitement curatif du cancer uterin, les cautérisations avec les flèches de chlorure de zinc m'ont donné de bons résultats. Cette méthode, qui a été employée par son inventeur, Canquoin (1838), par Bonnet, de Lyon, par Demarquay, etc., m'a toujours paru au moins sans danger. On a reproché au chlorure de zinc de couler dans le vagin et d'y produire des eschares. Ce reproche

(1) *St-Thomas's hosp.* Repor. IX, p. 1, 1878.

serait très fondé si on employait le chlorure de zinc à l'éta pur ; il deviendrait bientôt déliquescent et se répandrait sur lo parties qu'on ne veut pas atteindre. Mais, incorporé à la farin des flèches de Canquoin, il agit dans le lieu même où l'on in troduit celles-ci, et, quand on a la précaution de préserver lo parties saines de la muqueuse vaginale avec du coton ou de charpie, de mainenir les flèches avec un tamponnement léger de recommander aux patients le décubitus dorsal pendant que ques heures, on n'a pas à regretter une extension trop grande d la cautérisation. Quant à la douleur qui accompagne l'actio des flèches de Canquoin, elle est variable suivant les sujets, e dans tous les cas, peut être atténuée par l'administration d narcotiques.

Dans le cas d'un ulcère rongeant cratériforme, sans fong sités végétantes, le traitement chirurgical se borne à détrui les surfaces ulcérées avec la curette, avec le cautère actuel o avec des caustiques potentiels énergiques, parmi lesquels no recommandons surtout le chlorure de zinc. Quelquefois le cu rage, le fer rouge et les caustiques employés successivement o combinés ensemble rendent des services signalés.

Pour montrer l'utilité du traitement palliatif je choisis, parm beaucoup d'autres, les deux faits suivants :

Observation V.

Le 1er mai 1882, on apporte à la Pitié, salle Gerdy, nº 1, u femme, Marie M..., âgée de 69 ans. Cette femme a des pertes de sa trés abondants et des écoulements très fétides. Elle garde le lit depu plusieurs semaines et on a été obligé de l'amener à l'hôpital sur brancard.

Je constate un énorme épithélioma végétant, implanté sur le col remplissant tout le vagin. La malade est anémique et très faible. E a une teinte cachectique de la peau. L'inappétence est complète.

Le 4 mai. Sans chloroformisation, amputation, avec l'anse galv nique, du champignon cancéreux au niveau du col. L'opération e rapide et très peu douloureuse. L'écoulement de sang que provoqu

le moindre attouchement de la production cancéreuse, s'arrête complètement.

L'examen au spéculum montre le point d'implantation de la tumeur. J'y enfonce immédiatement deux flèches de Canquoin, que je maintiens avec plusieurs tampons de charpie portant un fil qui sort par la vulve.

La malade est reportée sur son lit, où elle garde l'immobitité, couchée sur le dos.

Le 5. Aucune réaction fébrile. Les tampons sont enlevés. Injections vaginales phéniquées. Point d'écoulement sanguin.

Le 7. Application de 2 nouvelles flèches dans le col. La malade mange et ses forces reviennent.

Le 8. Il n'y a plus d'écoulement sanguin ni d'écoulement fétide. Il n'y a plus de douleurs dans le ventre.

Le 10. La malade se *sent guérie* et veut absolument sortir de l'hôpital. Alors que dix jours auparavant elle était apportée dans le service sur un brancard presque mourante, elle retourna chez elle à pied.

Sans partager l'illusion de cette femme qui se croit guérie, on ne saurait nier qu'elle a retiré un grand bénéfice de l'intervention chirurgicale palliative.

Observation VI.

Delphine F..., âgée de 33 ans, entre à la Pitié, le 10 mars 1882, salle Gerdy n° 18.

Cette femme est accouchée depuis quatre mois et nourrit son enfant, qui est assez bien portant. Depuis quelques semaines, elle a des douleurs dans le bas-ventre et des pertes rosées fétides; elle ne mange presque plus, maigrit, s'affaiblit de jour en jour et son lait se tarit. Cette circonstance la désole, parce qu'elle entrevoit le moment où elle ne pourra plus nourrir son enfant, même en s'aidant du biberon. La peau a une teinte jaune pâle.

Le toucher vaginal me fait reconnaître un champignon cancroïdal, gros comme une mandarine, sortant par l'orifice du col dont la partie droite est confondue avec la tumeur. Le corps de l'utérus est volumineux et douloureux à la pression. Le mal a certainement envahi la cavité du corps.

Cette femme ignore si elle portait cette maladie avant ou même pendant sa grossesse. Elle dit que son accouchement a été naturel.

Le 14 mars Ablation de la tumeur et de la portion du col qui la supporte avec l'anse galvanique sans chloroformisation. L'opération présente cette particularité de provoquer des cris de douleur ; mais cette douleur cesse après la section. Pour ne pas la faire reparaître. je m'abstiens de faire l'examen immédiat avec le spéculum et de placer des flèches caustiques. La malade est reportée à son lit. Injections phéniquées. Cataplasmes sur le ventre.

Le 17. Examen au spéculum. Au centre et à droite du fond du vagin une masse de fongosités, assez molles et saignantes, remplissen une sorte de cratère formé par les débris du col. J'enfonce quatr flèches de Canquoin longues de trois centimètres dans les tissus ma lades. Je préserve les culs-de-sac en plaçant de la charpie dans leu cavité, puis je maintiens le tout avec trois ou quatre tampons d coton. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Quelques douleur dans le bas-ventre pendant trois heures.

Le lendemain, les tampons sont ôtés. Injections phéniquées qu l'on continue les jours suivants.

Le 25. Les eschares étant éliminées, nouvelle application d flèches caustiques.

Les jours suivants, je fais encore, à trois ou quatre jours d'inte valle, trois cautérisations intra-utérines avec les flèches de Canquoi

Le 20 avril. Le col est complètement détruit. Le fond du vagin e froncé autour d'un orifice, d'où il ne sort plus ni sang, ni liqui fétide. Delphine F... a repris de l'embonpoint et des forces. Elle souffre plus. Son lait est redevenu abondant. Elle sort de l'hôpi avec la conviction qu'elle est guérie et avec l'extrême satisfaction pouvoir allaiter son enfant jusqu'au bout.

2° *Traitement médical.* — Certains cancers de l'utérus comportent aucune intervention chirurgicale ; d'autres fo l'intervention chirurgicale a été épuisée et sa répétition devi drait nuisible. On n'a plus alors d'autre ressource que le tr tement médical, sur lequel je serai bref.

Les principaux accidents à combattre sont la *douleur*, *la tidité* et l'*hémorrhagie*.

Contre la *douleur*, on a l'opium sous toutes ses formes applications sur le ventre, en injections vaginales, en injecti de chlorhydrate de morphine sous la peau ou dans le ti

même de l'utérus ; l'extrait de belladone porté sur le col avec un tampon ; le chloral, en injections et en lavements ; en un mot toute la série des narcotiques administrés à l'extérieur et à l'intérieur. Le rôle du médecin sera de les varier selon les indications et selon les susceptibilités individuelles.

La *fétidité* des écoulements vaginaux est le plus terrible tourment des malades, celui dont elles désirent le plus ardemment être débarrassées. On peut user de deux moyens qui sont les lavages et des pansements.

Les lavages se font en injectant deux ou trois fois par jour dans le vagin une solution désinfectante d'acide phénique, d'acide salycilique, d'hydrate de chloral, de chlorure de chaux, de permanganate de potasse, etc. J'emploie souvent une solution de chlorure de zinc (4 parties de chlorure de zinc pour 10 alcool et 100 eau) parfumée avec l'addition d'un peu d'essence de thym, d'eau de Lavande ou d'eau de Cologne.

Après les injections, il est toujours fort utile de panser la plaie cancéreuse avec de la poudre d'iodoforme, ou d'appliquer sur elle un tampon imbibée, soit d'une solution de chlorate de potasse, soit d'une des solutions désinfectantes précédemment indiquées.

Quelquefois des attouchements de la plaie, renouvelés de temps en temps, avec un liquide caustique, tel que l'acide chromique, une solution concentrée d'acide salycilique dans l'alcool, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc déliquescent, modifient avantageusement les sécrétions fétides et donnent à la patiente quelques jours de tranquillité.

L'*hémorrhagie* se montre principalement dans les formes végétantes et fongueuses. En enlevant ces tumeurs avec l'anse galvanique ou en les détruisant avec le cautère actuel et particulièrement avec les flèches de chlorure de zinc, on tarit la source même de la perte de sang. Dans les cas où l'hémorrhagie vient d'un ulcère rongeant, on peut faire un tamponnement bien serré avec des boulettes de charpie imbibée de perchlorure de fer étendue d'eau (au 8e ou au 10e). Mais ce tamponnement est assez douloureux et ne met guère à l'abri de l'hémorrhagie

que pendant la durée de son application. Je lui préfère de beaucoup la pâte de Canquoin que je dispose à plat sur l'ulcère et que je maintiens avec quelques boulettes de charpie ou de coton sans faire de tamponnement proprement dit. Avec ce moyen j'ai toujours pu maîtriser les pertes de sang et prévenir leur récidive au moins pour quelques jours.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succr, rue Mr-le-Prince, 31.

A LA MÊME LIBRAIRIE

CAZEAUX. — **Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.** 10e édition, revue, corrigée, avec notes et additions, par M. TARNIER. 1 vol. in-8, br. 16 fr.

COURTY. — **Trousse gynécologique**, par le professeur COURTY, de Montpellier. In-8, avec 64 figures, prix. 2 fr.

GAILLARD THOMAS. — **Traité des maladies des femmes**. 1 vol. in-8, avec 301 gravures sur bois intercalées dans le texte. Ouvrage traduit de l'anglais sur la 5e édition, par le Dr LUTAUD, prix. 16 fr.

GUÉRIN (A.), chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — **Éléments de chirurgie opératoire**, 6e édition. 1 vol. in-18 jésus avec 315 gravures sur bois intercalées dans le texte, prix. 7 fr. 50

LUTAUD. — **Manuel de médecine légale.** 3e édition, 1 vol. in-18, avec gravures intercalées dans le texte, prix. 8 fr. 50

MOYNAC. — **Manuel de pathologie et de clinique médicales**. 3e édition. 1 vol. in-18, de 740 pages, prix. 7 fr. 50

MOYNAC. — **Manuel de pathologie externe.** 3e édition. 2 vol. in-18, avec 209 figures dans le texte, prix. 16 fr.

MOYNAC. — **Manuel de pathologie générale et de diagnostic**. 2e édition. 1 vol. in-18 de 760 pages avec 64 figures intercalées dans le texte, prix. 8 fr.

MOYNAC. — **Manuel d'anatomie descriptive.** 2 vol. in-18 avec 457 gravures sur bois, intercalées dans le texte, prix. 18 fr.

ROSER. — **Manuel de chirurgie anatomique**, 2e édition. Ouvrage traduit de l'allemand, sur la 5e édition, par les docteurs CULMANN et SENGEL (de Forbach). 1 vol. in-18, avec 91 figures dans le texte, prix. 12 fr.

TARNIER et CHANTREUIL. — **Physiologie et hygiène de la première enfance.** 1 vol. in-18, prix. 3 fr. 50

Paris.—Typographie A. PARENT, A. DAVY, Sr, 31, rue Monsieur-le-Prince